

令和1年度 地域医療介護総合確保基金
訪問歯科衛生士育成事業研修会 «FAX申込書»

希望日に○をつけてください。 ※複数申し込み可

参加希望日	① 7月14日(日) 京都テルサ 東館3階 D会議室
	② 7月15日(祝日) 宇治市産業会館 3階 第一研修室
	③ 7月28日(日) 市民交流プラザふくちやま 4階 4-1会議室

下記内容をご記入の上、お送りください。(☑及び文字記入)

ふりがな	
お名前	
連絡先	緊急連絡先番号 TEL () FAX ()
	メールアドレス
所 属	<input type="checkbox"/> 会 員 京都府歯科衛生士会 () 支部 ※会員番号 ()
	どちらかをご記入下さい 干 <input type="checkbox"/> 勤務先住所 <input type="checkbox"/> 会員外 <input type="checkbox"/> 自宅住所

時 間：全日 13:30~16:45 (受付:13:15~)

受講料：無料

受講対象者：京都府歯科衛生士会会員及び京都府在住又は就業歯科衛生士

- ※ 当日は開始10分前までに会場にお越し下さい。
- ※ 遅刻早退時は単位取得ができませんのでご注意下さい。
- ※ 日本歯科衛生士会会員は会員証を必ずご持参下さい。
- ※ お申し込み後にやむを得ず欠席されます場合は、必ずご連絡下さい。

F A X : 075-672-5706

E-mail : kdh2000@mbox.kyoto-inet.or.jp

公益社団法人 京都府歯科衛生士会